

# 平成29年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業 院内助産・助産師外来ガイドライン2018

## ダイジェスト版

助産ケア提供体制の機能強化を図るために「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」を作成しました。

院内助産・助産師外来の開設時や運営の参考にご活用ください。

院内助産・助産師外来を運営している医療機関は、自己点検にご活用ください。

### 院内助産の定義

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。

※本ガイドラインでは、“院内助産所”という名称が、医療法でいう“助産所”を想起させ、正常分娩のみを扱うイメージや、特別に“場所の確保”が必要ということを思い浮かべるため、「所」を削除し「院内助産」とした。また、今回の定義では、妊産褥婦にケアを提供する期間を示した。

### 助産師外来の定義

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合はこれに含まない。

※本ガイドラインでは、“助産師”が行っている外来であることが、妊産褥婦等の対象者に明確に分かるよう、「助産師外来」とした。また、対象者を中心に産科医師と助産師が連携・協力することを示した。

## 1 院内助産・助産師外来の必要性

我が国の出生数は、総じて減少傾向にある。2008（平成20）年以降の全出生数に対する早産児および低出生体重児が占める割合はほぼ横ばいで推移し、35歳以上の分娩割合については年々増加している<sup>1)</sup>。妊娠期または妊婦の合併症では、妊娠糖尿病が他の疾患より多く<sup>2)</sup>、特に妊娠高血圧症候群については、母体の年齢が40歳を越えると急激に増加する傾向がある<sup>3)</sup>。

周産期における様々な課題等を踏まえると、産科医師はよりハイリスクな対象に専念し、助産師は妊産婦のケアに責任を持つために、正常・異常の判断ができる実践能力を習得することがチーム医療の推進につながる。また、それぞれの医療機関の機能や地域ニーズを踏まえ、効率的な医療提供体制としてチーム医療を推進していくために、産科医師と助産師が役割分担し、院内助産・助産師外来の体制を整備することが求められている。

## 2 院内助産・助産師外来開設のプロセスと運営

### 1) 理念の明確化

医療機関の理念／妊産婦に対するケア方針・看護部の理念に基づき、院内助産や助産師外来において、どのような助産ケアを提供するかを組織全体で検討し明文化する。

### 2) 現状分析

都道府県における周産期医療体制の現状と課題、地域ニーズ（人口構成、出生数、分娩取扱医療機関数、院内助産・助産師外来実施医療機関等）、医療機関内の現状（産科診療データ、看護提供体制、助産師数、助産師の実践能力等）等を分析する。院内助産・助産師外来が地域に果たす役割や期待される役割、地域住民のニーズを把握する。

### 3) 開設に向けた準備

必要に応じて、院内助産・助産師外来を実施している医療機関の見学を行う等して、必要な体制・物品等を検討・準備する。また、運営規定、安全管理指針、対象者選定基準等を作成する。さらに、院内助産・助産師外来を担当する助産師の育成に必要な研修等を計画的に行う。

### 4) 運営

院内助産・助産師外来運営委員会等、運営や課題解決について検討する場を設置する。看護管理者は、円滑な運営・維持・継続にむけたマネジメントを行い、運営上の課題等については、産科医師・新生児科医師（小児科医師）を含め検討し、基準等の見直しを行う。

### 5) 補助金の活用

院内助産・助産師外来を開設し、運営・維持していくために必要な物品や助産師の研修等については、職能団体や都道府県行政との協力が不可欠。例えば、補助金（地域医療介護総合確保基金）等の活用が可能であるかどうかも相談する。

## 3 院内助産・助産師外来に必要な体制整備

### 1) 運営規定

組織や事業の運営に必要な事項を示したもの（目的・運営の指針等）をいい、院内助産・助産師外来に関わる病院管理者・看護管理者・産科医師・小児科医師・助産師・看護師・看護補助者・事務担当者等で共有する。

### 2) 安全管理指針

院内助産・助産師外来における安全管理指針の「目的」「基本的な考え方」に加え、下記項目について検討し、明記する。

	項目	明記すること
1	安全管理体制	●安全管理のための体制 ●院内助産・助産師外来における安全管理者の明確化と、医療安全管理室等との連携
2	助産師の権限(職務範囲)	●法律において定められた助産師の職務範囲
3	インシデント・アクシデント発生時の対応	●院内助産・助産師外来でインシデントやアクシデント等の発生時の対応・報告・連絡ルートの明確化
4	感染管理	●感染経路別予防策に基づいた手順等について、医療機関の管理体制を基本に作成
5	災害発生時の対応	●災害発生時の連絡体制や責任体制／訓練 ●妊娠褥婦や新生児の安否確認方法
6	情報管理	●個人情報の適切な取り扱い、保存等の運用
7	安全管理教育	●院内助産・助産師外来に関わる助産師への安全管理教育
8	保安体制	●院内助産等における保安体制、新生児の安全確保

### 3) 対象者の選定基準

医療機関の機能や特徴、地域ニーズを踏まえ、対象者の選定基準を作成する。参考となる最新のガイドラインには、「産婦人科診療ガイドライン 産科編2017」<sup>4)</sup>「助産業務ガイドライン2014」<sup>5)</sup>がある。

### 4) 院内助産・助産師外来を担当・指導する助産師の基準

助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベルⅢに相当する実践能力<sup>6)</sup>を保持する助産師を強く推奨し、院内助産・助産師外来を担当できる助産師育成のための教育計画・体制を整備する。

## 5) 産科医師・新生児科医師（小児科医師）への相談・報告基準

医療機関に設置する院内助産・助産師外来は、妊産褥婦とその家族の意思を尊重したケアが提供されることに加え、緊急時には産科医師による対応が速やかに実施され、医療資源を活用できる等のメリットがある。産科医師等への相談・報告基準は、最新版の「産婦人科診療ガイドライン 産科編」「助産業務ガイドライン」等を参考にし、産科医師・新生児科医師（小児科医師）と助産師が協議の上、合意された基準を定める。

母児の安全に十分配慮された「助産ケア中心の妊娠・出産支援システム」が運用されるための要件	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●各施設の独自性や規模に合わせた無理のない運用</li> <li>●妊婦との良好なコミュニケーション</li> <li>●助産師・医師間の「異常の判断」や「医師への報告」基準に関して十分に協議されたコンセンサス</li> <li>●何らかの異常が発生した時の助産師・医師間の相互の信頼関係に基づくスムーズな連携システムの確立</li> </ul>	「産婦人科診療ガイドライン 産科編2017」 P299-300 CQ414

以下に各期の産科医師・新生児科医師（小児科医師）への相談・報告基準を示す。

### ●妊娠期の産科医師への相談・報告基準

出典：「産婦人科診療ガイドライン 産科編2017」 P301

健診時毎回行うチェックリスト	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 頻回の子宮収縮（1時間あたり4回以上の収縮）(問診による) なし</li> <li><input type="checkbox"/> 喉の渇き（妊娠30週以降、問診による）の訴えなし</li> <li><input type="checkbox"/> 全身倦怠感の訴え（妊娠30週以降、問診による）なし</li> <li><input type="checkbox"/> 食欲不振の訴え（妊娠30週以降、問診による）なし</li> <li><input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐の訴え（妊娠30週以降、問診による）なし</li> <li><input type="checkbox"/> 前回健診時（妊娠30週以降）からの体重減少なし</li> <li><input type="checkbox"/> 高血圧（収縮期血圧<math>\geq 140</math>mmHgあるいは拡張期血圧<math>\geq 90</math>mmHg）なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 浮腫なし</li> <li><input type="checkbox"/> 1週間当たりの体重増加<math>\leq 0.8</math>kg</li> <li><input type="checkbox"/> 妊娠蛋白尿（<math>\geq 1+</math>）なし</li> <li><input type="checkbox"/> 子宮底長正常範囲内</li> <li><input type="checkbox"/> 胎児心拍数正常（110～160bpm）</li> <li><input type="checkbox"/> 頭位（32週以降）</li> </ul>

### ●分娩期の産科医師への相談・報告基準

出典：「助産業務ガイドライン2014」 P18-22一部改変

母体の状況	観察の判断と視点
<b>■前期破水</b> 1) 破水後24時間経過しても陣痛が発来しない 2) 破水後陣痛が発来しても破水から36時間以上経過し、分娩の進行が認められない場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>●母体のバイタルサイン（特に体温「母体発熱」参照）</li> <li>●胎児心拍数の評価</li> <li>●子宮収縮</li> <li>●羊水混濁の有無（「羊水の性状の異常」参照）</li> <li>●内診所見</li> </ul>
<b>■陣痛開始後の胎位異常</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院時の診察で胎位を確認する（内診・外診・超音波検査等）</li> </ul>
<b>■母体発熱（38.0℃以上）</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●破水の有無</li> <li>●母体のバイタルサイン</li> <li>●子宮の圧痛</li> <li>●膣分泌物、羊水の臭い</li> <li>●胎児心拍数の評価</li> <li>●臨床的絨毛膜羊膜炎の診断（「産婦人科診療ガイドライン産科編2017」P159）参照。臨床的絨毛膜羊膜炎（子宮内感染）と他の感染症（麻疹、水痘、ヘルペス、インフルエンザ、上気道感染症、肺炎、腎盂腎炎等）との鑑別を行う</li> </ul>
<b>■胎児心拍異常</b> 1) 胎児頻脈（胎児心拍数基線が160bpmを超える） 2) 繰り返す変動一過性徐脈 3) 繰り返す遅発一過性徐脈 4) 遷延一過性徐脈 5) 基線細変動の減少、または消失 6) 胎児徐脈（胎児心拍数基線が110bpm未満である）	<ul style="list-style-type: none"> <li>●胎児心拍数波形のレベル分類と対応、処置（「産婦人科診療ガイドライン 産科編2017」 P284-286参照）をもとに判断する</li> </ul>
<b>■羊水の性状の異常</b> 1) 羊水混濁が高度（うぐいす色～暗緑色） 2) 血性羊水	<ul style="list-style-type: none"> <li>●母体のバイタルサイン</li> <li>●胎児心拍数の評価</li> <li>●羊水の性状</li> <li>●血性分泌物との鑑別（腔鏡診等）</li> <li>●疼痛の有無と性質（正常な子宮収縮との鑑別）</li> </ul>
<b>■臍帯の異常</b> 1) 卵膜を介した臍帯拍動の触知 2) 臍帯の触知、腔外への脱出	<ul style="list-style-type: none"> <li>●胎児心拍数の評価</li> <li>●内診所見</li> <li>●視診</li> </ul>

<p>■ <b>下腹部痛</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疼痛の性質（正常な子宮収縮との鑑別）</li> <li>● 胎動の減少、消失</li> <li>● 出血の有無や性状</li> <li>● 板状硬の有無</li> </ul>
<p>■ <b>感染症の疑い</b> (発熱、頭痛、咳嗽、発疹、水疱、排尿時痛の症状)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 麻疹、水痘、ヘルペス、インフルエンザ、上気道感染症、肺炎、腎盂腎炎等の感染症を合併している可能性がないか判断する</li> </ul>
<p>■ <b>異常出血（分娩第1・2期）</b></p> <p>1) 持続する出血 2) 大量出血</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 血液の性状や量</li> <li>● 血性羊水の否定</li> <li>● 産道裂傷や子宮破裂の有無</li> <li>● 疾患によっては陣痛の状況が変わるので注意（常位胎盤早期剥離では板状硬、子宮破裂では子宮収縮がなくなる等）</li> <li>● 胎児心拍数の評価</li> </ul>
<p>■ <b>分娩が遅延している</b></p> <p>1) 分娩第1期：陣痛開始から一定時間* 経過しても分娩が進行せず、有効な陣痛に至らない ※初産婦；30時間以上、経産婦；15時間以上 2) 分娩第2期：有効な陣痛はあるが2時間以上分娩が進行しない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 胎児心拍数の評価</li> <li>● 子宮収縮の状態</li> <li>● 母体疲労の程度</li> <li>● 内診所見（子宮口、児頭回旋等）</li> <li>● 排泄状況</li> <li>● 分娩進行を促すケアを行っても、分娩が進行しないことを確認</li> </ul>
<p>■ <b>分娩後出血（2時間まで）</b></p> <p>1) 拍動性の出血が持続的に流出 2) 凝固しない血液が持続的に流出 3) 出血量が500mlを超え、出血が持続している 4) 母体の血圧低下、頻脈（SIが1以上）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 出血量</li> <li>● 母体のバイタルサイン（SIの算出） SI（ショックインデックス）＝心拍数／収縮期血圧</li> <li>● 出血の原因検索</li> <li>● 産科DIC（播種性血管内凝固）スコアの確認 〔産婦人科診療ガイドライン 産科編2017〕P223参照</li> <li>● 子宮収縮の状態</li> <li>● 膀胱充満の有無</li> <li>● 産道裂傷（頸管、腔壁）の有無</li> <li>● 娩出胎盤の精査（欠損の有無）</li> <li>● 子宮内反の有無 〔産科危機的出血への対応指針2017年1月（改訂）〕P1<sup>7)</sup> 参照</li> </ul>
<p>■ <b>胎盤遺残、癒着胎盤</b></p> <p>1) 胎盤剥離徴候がない 2) 持続的な出血を認める (大量出血は「分娩後出血」に準ずる)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 胎盤娩出前は胎盤剥離徴候や剥離出血の確認</li> <li>● 娩出胎盤の精査（欠損の有無）</li> <li>● 子宮底長</li> <li>● 子宮収縮の状態</li> <li>● 膀胱充満の有無</li> </ul>
<p>■ <b>会陰裂傷</b></p> <p>1) 会陰裂傷Ⅲ～Ⅳ度 2) 拍動性の出血が持続的に流出 (大量出血は「分娩後出血」に準ずる)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 損傷の部位や程度</li> <li>● 出血の状態</li> </ul>
<p>■ <b>血腫</b></p> <p>1) 会陰血腫 2) 腔壁血腫</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 腔壁、会陰の膨隆、局所の拍動性疼痛、直腸刺激症状の有無と程度</li> <li>● 母体のバイタルサイン</li> <li>● 血腫の形成部位：会陰裂傷部だけでなく、対側形成例もあるので注意する。後腹膜腔血腫は、腫脹や疼痛は現れにくく、鼠径部の圧痛、腰痛、ショック症状で発見されることがある</li> </ul>
<p>■ <b>血栓症（肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症）、羊水塞栓症</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 意識状態、全身状態</li> <li>● 母体のバイタルサイン</li> <li>● 疼痛の部位、程度および随伴症状（麻痺、視力障害等）の有無</li> <li>● ホーマンス徴候（膝関節伸展位での足関節背屈による腓腹筋の疼痛）</li> <li>● プラット徴候（腓腹筋をつかむことで疼痛増強）</li> </ul>
<p>■ <b>GBS陽性あるいはGBS未検査</b></p> <p>1) 破水後18時間以上経過した場合 2) または、38.0℃以上の母体発熱がある場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 子宮収縮状態</li> <li>● バイタルサイン（特に体温、脈拍）</li> </ul>

● 産褥期の産科医師への相談・報告基準

出典：「助産業務ガイドライン2014」P28-29一部改変

母体の状況	観察の判断と視点
<p>■ <b>異常出血（分娩後24時間まで）</b></p> <p>1) 鮮血の流出、凝血塊の頻回な排出 2) 凝固しない血液が持続的に流出 3) 出血量が500mlを超える 4) 母体の血圧低下、頻脈</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 子宮収縮：内外診において産褥経過時間に比較して大きく軟らかい子宮の触知の有無</li> <li>● 胎盤、卵膜遺残の確認：胎盤および付属物の観察</li> <li>● 出血量</li> <li>● 母体のバイタルサイン（SI値の算出）</li> </ul>



	<p>SI (ショックインデックス) =心拍数/収縮期血圧</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●出血の原因検索</li> <li>●産科DICスコアを評価し医師に確認する (「産婦人科診療ガイドライン 産科編2017」P223/「産科危機的出血への対応指針2017年1月(改訂)」P3<sup>7)</sup> 参照)</li> </ul>
<p>■胸部痛、呼吸困難、血圧低下、頭痛、嘔吐、転倒、意識消失等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●意識状態、全身状態</li> <li>●母体のバイタルサイン</li> <li>●疼痛の部位、程度および随伴症状(麻痺、視力障害等)の有無</li> <li>※臨床的羊水塞栓症の判断(臨床的羊水塞栓症診断) 以下の3つを満たすもの</li> <li>●妊娠中または分娩後12時間以内に発症した場合</li> <li>●下記に示した症状、疾患(1つまたはそれ以上でも可)に対して集中的な医学治療が行われた場合①心停止、②分娩後2時間以内の原因不明の大量出血(1,500mL以上)、③播種性血管内凝固症候群(DIC)、④呼吸不全</li> <li>●観察された所見や症状が他の疾患で説明できない場合</li> <li>※脳血管疾患を疑う場合の観察ポイント &lt;FAST: 脳卒中等を疑う場合の視点&gt; F: Face 顔の麻痺、A: Arm 腕の麻痺、S: Speech ことばの障がい、T: Time 時間が大事、急いで行動しよう</li> </ul>
<p>■腔壁、外陰部の血腫</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●腔壁、会陰の膨隆、局所の拍動性疼痛、直腸刺激症状の有無と程度</li> <li>●母体のバイタルサイン</li> <li>●血腫の形成部位: 会陰裂傷部だけでなく、対側形成例もあるので注意する。後腹膜腔血腫は、腫脹や疼痛は現れにくく、鼠径部の圧痛、腰痛、ショック症状で発見されることがある</li> </ul>
<p>■下肢の疼痛、圧痛、うっ血性浮腫、炎症性腫脹等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●下肢の浮腫、腫脹、発赤、熱感、圧痛の有無</li> <li>●ホームンス徴候(膝関節伸展位での足関節背屈による腓腹筋の疼痛)</li> <li>●プラット徴候(腓腹筋をつかむことで疼痛増強)</li> </ul>
<p>■母体の持続する発熱</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●下腹部痛、子宮の圧痛、悪露の異常、悪寒戦慄、急性腹膜炎等の有無と程度</li> <li>●悪寒戦慄、膿尿、背部痛、膀胱刺激症状等の有無と程度</li> <li>●麻疹、水痘、ヘルペス、インフルエンザ、上気道感染症、肺炎等の鑑別</li> </ul>

●新生児期の産科医師および新生児科医師(小児科医師)への相談・報告基準

出典:「助産業務ガイドライン2014」P30-37一部改変

新生児の状況	観察の判断と視点
<p>■新生児仮死</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 人工呼吸をしても自発呼吸がみられず、かつ心拍数が100/分以上にならず、胸骨圧迫を必要とした場合</li> <li>2) 酸素を投与して呼吸が改善するが中心性チアノーゼが改善されない場合</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●新生児の蘇生法アルゴリズム(「新生児蘇生法テキスト第3版」<sup>8)</sup>P44参照)に則り、30秒ごとに評価する</li> <li>[アプガースコアの判定]</li> <li>●出生後1分・5分・10分を評価する</li> <li>[観察方法]</li> <li>●経時的に観察し評価する</li> <li>●パルスオキシメーターを使用する</li> <li>●分娩時の状況を合わせてアセスメントする</li> </ul>
<p>■早産児または出生体重2,300g未満</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 在胎期間が37週未満の分娩は早産児</li> <li>2) 在胎期間が37週以上でも出生体重2,500g未満の低出生体重児</li> <li>3) 血糖値のチェックができない、または血糖値が50mg/dL未満*</li> </ol> <p>*院内助産の場合は、各医療機関において、相談・報告基準を定めること</p>	<p>[観察内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●体温、血糖、呼吸状態、チアノーゼ、筋緊張、末梢冷感等</li> </ul> <p>[観察方法]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●パルスオキシメーターで下肢のSpO<sub>2</sub>を観察する</li> <li>●血糖値のチェックを生後30分以内に開始し、2回連続して血糖50mg/dL*以上となるまで、30分ごとに測定する</li> <li>●37週以降で2,500g未満の場合、体温維持と哺乳ができるかをアセスメントする</li> </ul>
<p>■巨大児</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 出生体重が4,000g以上で、低血糖症状(痙攣等)および多血症が疑われる場合</li> <li>2) 血糖値50mg/dL未満*</li> </ol> <p>*院内助産の場合は、各医療機関において、相談・報告基準を定めること</p>	<p>[観察内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●低血糖症状: 易刺激性、振戦、無呼吸、活気不良、眼球上転、嗜眠傾向、多呼吸、チアノーゼ、痙攣、泣き声の異常等</li> <li>●多血症症状: 末梢チアノーゼ、心不全症状(多呼吸、浮腫等)、出血傾向、血栓症症状等</li> </ul> <p>[観察方法]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●血糖値のチェックを生後30分以内に開始し、2回連続して血糖50mg/dL*以上となるまで30分ごとに測定する</li> <li>●両親の体格を合わせてアセスメントする</li> <li>●両親の体格が大きいと、妊娠経過に異常がなくても、巨大児が出生する場合がある</li> </ul>

<p><b>■LFD児、HFD児</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 体温36.0℃以下（肛門体温）が持続し他の症状があるもの</li> <li>2) 血糖値50mg/dL未満*</li> </ol> <p>* 院内助産の場合は、各医療機関において、相談・報告基準を定めること</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) 光線療法の適応基準（「助産業務ガイドライン2014」P40参照）に合致するもの</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 体重が2,500g以上であっても在胎期間別出生体重標準曲線において10thパーセンタイル未満のLFD（light for dates）および90thパーセンタイル以上のHFD（heavy for dates）に該当する場合がある（「助産業務ガイドライン2014」P39参照）</li> <li>● 出生直後に体重曲線でLFDやHFDに該当しないかを確認する。LFD児およびHFD児については低体温および低血糖、高ビリルビン血症の発症リスクが高いため、それ以外の児と区別して注意深く観察する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 低血糖症状：易刺激性、振戦、無呼吸、活気不良等、低体温、黄疸等</li> </ul> <p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 血糖値のチェックを生後30分以内に開始し、2回連続して血糖50mg/dL*以上となるまで30分ごとに測定する</li> <li>● LFD児、HFD児に該当する場合は生後3日まで（72時間）は、低血糖、低体温、高ビリルビン血症を発症していないかを特に注意深く観察する</li> </ul>
<p><b>■呼吸障害</b></p> <p>下記のいずれかを示す場合</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 多呼吸</li> <li>2) 陥没呼吸</li> <li>3) 呻吟</li> <li>4) 鼻翼呼吸</li> <li>5) シーソー呼吸</li> <li>6) 不規則な呼吸等</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新生児期は呼吸循環動態が不安定であることに十分留意する</li> <li>● 下肢に装着したパルスオキシメーターでSpO<sub>2</sub>90%以下が持続する場合には搬送する。91～95%の場合はモニタリングを継続する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 心拍数、体温、皮膚色、嘔吐、腹部の状態、吸引物の性状等</li> </ul> <p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● パルスオキシメーターで観察する</li> <li>● 呼吸障害の原因をアセスメントする</li> <li>● 分娩時の状況、呼吸器以外の疾患</li> </ul>
<p><b>■無呼吸発作</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 20秒以上続く呼吸停止</li> <li>2) 20秒以内でも、チアノーゼ、徐脈（100回/分以下）を伴う</li> <li>3) 無呼吸発作を繰り返す</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 無呼吸か周期性呼吸かを判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 無呼吸の持続時間と頻度、チアノーゼ、心拍数等</li> </ul> <p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● パルスオキシメーターで持続的に観察する</li> <li>● 血糖値のチェック</li> <li>● 授乳との関係を合わせてアセスメントする</li> <li>● 授乳中の無呼吸発作の場合には、授乳方法を確認する</li> </ul>
<p><b>■チアノーゼ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 中心性チアノーゼ</li> <li>2) 呼吸障害、嘔吐、活気がない、浮腫を伴うチアノーゼ</li> <li>3) 心雑音を伴うチアノーゼ</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 原因をアセスメントし、中心性か末梢性かを判断する。中心性の場合はすみやかに搬送する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● チアノーゼの部位・範囲、心拍数、心雑音、呼吸状態、啼泣、筋緊張、吐物、吸引物等</li> </ul> <p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 必ず下肢のパルスオキシメーターで観察する</li> <li>● どのようなときに出現するかをアセスメントする</li> </ul>
<p><b>■心雑音</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) チアノーゼや多呼吸を伴う場合</li> <li>2) 生後24時間以降明らかな心雑音を聴取する場合</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 生後24時間以内の心雑音では動脈管開存の場合があるが、全身チアノーゼや多呼吸を伴う場合は搬送する</li> <li>● 生後24時間以降に心雑音を聴取する場合は、医師に相談する。チアノーゼの目安はSpO<sub>2</sub>90%以下である。SpO<sub>2</sub>91%～95%は注意深くモニタリング継続する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 心雑音の位置、心拍数、活気、呼吸、SpO<sub>2</sub>値、チアノーゼ等</li> </ul> <p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 下肢に装着したパルスオキシメーターで観察する</li> <li>● 心雑音の位置、多呼吸の有無、SpO<sub>2</sub>の上下肢差、経時的变化を合わせてアセスメントする</li> </ul>
<p><b>■痙攣</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 痙攣（強直性、間代性）または痙攣様運動</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 振戦か痙攣かを判断する（痙攣は、手で押さえても止まらない）</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 呼吸、SpO<sub>2</sub>値、皮膚色、血糖等</li> </ul> <p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 血糖値のチェック。パルスオキシメーターで持続的に観察する（痙攣中はSpO<sub>2</sub>が低下する）</li> <li>● 原始反射と鑑別し、出現部位と経時的变化、易刺激性による出現、哺乳の状況、分娩時の状況も合わせてアセスメントする</li> </ul>
<p><b>■黄疸</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 生後24時間以内の黄疸</li> <li>2) 光線療法の適応基準に合致するもの（「助産業務ガイドライン2014」P40参照）</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 生理的黄疸か否かを判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 哺乳力、便色、眼球、筋緊張、嗜眠傾向、発熱、体重減少の程度等</li> </ul>

<p>3) 灰白便を排泄するもの</p>	<p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 経皮的ビリルビン濃度測定器による観察</li> <li>● 生後2週以降は母子健康手帳便色カードを活用する</li> <li>● 黄疸の原因をアセスメントする</li> </ul>
<p>■ <b>嘔吐</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 嘔吐を繰り返す場合</li> <li>2) 胆汁様嘔吐がある場合</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療が不要な初期嘔吐か病的嘔吐かを判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 吐物の性状、排泄（胎便）の状況、腹部膨満の有無、活気、発熱の有無等</li> <li>● 嘔吐の原因をアセスメントする</li> <li>● 消化管の異常、消化管以外の原因、哺乳関連</li> </ul>
<p>■ <b>腹部膨満</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 皮膚は緊満し、光沢ある膨満を認める</li> <li>2) 腹部は膨満し、腹部の皮膚の色調に変化を認める</li> <li>3) 腹部は膨満し、胃内容物が胆汁色を帯びる</li> <li>4) 腹部腫瘍</li> <li>5) 生後24時間以上胎便が出ない腹部膨満</li> <li>6) 生後24時間以上排尿しない腹部膨満</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 器質性が機能的かを判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 嘔吐（吐物の性状）、流涎（泡沫状）、呼吸状況、排泄（胎便）状況、活気、発熱の有無等</li> <li>● 何が腹部膨満させているのかをアセスメントする</li> <li>● 排泄状況に関わらない場合もあるので、症状を的確に判断する</li> </ul>
<p>■ <b>発熱</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 38.0℃以上（肛門体温）</li> <li>2) 37.5℃以上（肛門体温）で他の症状がある場合</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 脱水によるものか感染等によるものかを判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 哺乳状態、呼吸状態、循環状態、排泄の回数および状況、活気、発疹、温度環境等</li> </ul> <p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 肛門体温を計測する</li> <li>● 発熱の原因をアセスメントする</li> <li>● 分娩時の母体との関連、授乳方法および哺乳量、その他の症状</li> </ul>
<p>■ <b>低体温</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 36.0℃未満（肛門体温）が持続し、他の症状がある場合</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 温度環境によるものか否かを判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 皮膚色、哺乳状態、呼吸状態、循環状態、排泄の状況、活気、温度環境等</li> <li>● 代謝性アシドーシスに注意してアセスメントする</li> </ul>
<p>■ <b>出血（吐血、下血を含む）</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 吐血、下血</li> <li>2) 喀血</li> <li>3) 広範な皮下出血</li> <li>4) 皮膚蒼白、ショック状態等の大量出血を疑わせる所見がある時</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 出血の原因が母体由来か児由来かを判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 循環状態、SpO<sub>2</sub>値、便の色調、分娩の状況、母乳の性状、母親の乳頭亀裂の有無、筋緊張、活気、点状出血斑等</li> </ul> <p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 帽状腱膜下出血では、後頭部から頸部にかけて血液が貯留するので、児を起こして確認する</li> <li>● どこからの出血かをアセスメントする</li> <li>● 皮下出血を全身に認める時は、児の血小板数低下の可能性がある</li> <li>● 外表からは確認できない肝臓等からの臓器出血が分娩時に発症する可能性があることを念頭におく</li> <li>● 頻脈を伴う場合は、大量出血の可能性がある</li> <li>● 貧血があるとSpO<sub>2</sub>値は低下しないので注意が必要である</li> </ul>
<p>■ <b>外表異常</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 感染の危険があり、緊急手術を要する場合（臍帯ヘルニア、髄膜瘤、鎖肛等）</li> <li>2) 性別の判断が困難な場合</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全身を観察し、医学上治療の対象となる外表異常かを判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 心音、全身状態等</li> <li>● 複数の外表異常がないかを確認し、先天的な疾患についてアセスメントする</li> <li>● 母の妊娠分娩歴、家族歴の確認</li> </ul>
<p>■ <b>浮腫</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 四肢または全身に指圧痕を残す浮腫</li> <li>2) 異常な体重増加</li> <li>3) 硬性浮腫</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 分娩の影響か病的な浮腫かを判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 尿量、哺乳状況、活気、心雑音、呼吸状態、皮膚色、四肢の冷感等</li> <li>● 浮腫以外の症状と合わせてアセスメントする</li> </ul>
<p>■ <b>下痢</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 発熱を伴う場合</li> <li>2) 脱水症状がある場合</li> <li>3) 体重減少が持続する場合</li> <li>4) 血便や粘液便を伴う場合</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 便の性状だけでは異常と判断がつかないため、下痢以外の症状の有無で判断する</li> </ul> <p><b>【観察内容】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 脱水症状、皮膚の乾燥、大泉門の状態、排尿回数減少、嘔吐、哺乳状態、体重増加、活動性、便の悪臭等</li> </ul> <p><b>【観察方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 排泄量の計測、便性状等は複数のスタッフでの観察</li> <li>● 下痢以外の症状に注意し、大泉門陥没や排尿回数低下、体重減少が続く児は特に注意する</li> </ul>

<p>■ <b>なんとなくおかしい</b></p> <p>1) 複数のスタッフで症状を認めた場合</p>	<p>● 複数のスタッフが症状を認めた場合には、医師に相談する</p> <p><b>[観察内容]</b></p> <p>● 啼泣の強さ、活気、哺乳状態、チアノーゼ、嘔吐や下痢、呼吸状態、傾眠、振戦</p> <p><b>[観察方法]</b></p> <p>● 継続的に児を観察できるような状態にする</p> <p>● 新生児は感染症に罹患しても症状が出現しにくい。無欲状態、弱々しい啼泣、体重増加不良、哺乳不良、蒼白やチアノーゼ、嘔吐、下痢、多呼吸、無呼吸、傾眠、振戦等、明らかに症状が認められた時にはかなり進行していることが多いため日頃の観察が大切である</p>
<p>■ <b>哺乳不良</b></p>	<p>● 安定した哺乳が認められない場合で他の症状を認める場合</p>
<p>■ <b>活気不良</b></p>	<p>● 筋緊張、強い啼泣がなくぐったりしている場合</p>
<p>■ <b>体重増加不良</b></p>	<p>● 生後5日を経過しており、必要な補足を実施しても体重増加がない場合</p>
<p>■ <b>特異な顔貌</b></p> <p>1) 特異な顔貌等がみられ他に症状がある場合</p>	<p>● 特異な顔貌を認めた場合</p>

## 4 評価

院内助産システム機能評価指標<sup>9)</sup> や助産記録等<sup>10) 11)</sup> を活用して、定期的に見直しを行う。分娩取扱医療機関としての産科診療データ、妊産婦や新生児の転帰に関するデータ等から、院内助産・助産師外来の評価を行い、さらなる質向上を目指す。

### 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：平成28年（2016）人口動態統計（確定数）の概況
- 2) 日本産科婦人科学会：周産期委員会 報告（日産婦誌69巻6号）
- 3) 厚生労働省：「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」報告書（平成25年8月23日）参考資料（3）
- 4) 日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会：産婦人科診療ガイドライン 産科編2017（2017年4月3日）
- 5) 日本助産師会：助産業務ガイドライン2014（平成27年3月31日 一部内容変更）
- 6) 日本看護協会：助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）活用ガイド（平成25年8月1日）
- 7) 日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本周産期・新生児医学会、日本麻酔科学会、日本輸血・細胞治療学会：産科危機的出血への対応指針2017年1月（改訂）
- 8) 細野茂春監修：新生児蘇生法テキスト第3版（2017年7月20日）
- 9) 日本看護協会：院内助産システム機能評価指標（2017年5月26日 一部改訂）
- 10) 日本助産師会：助産録～記録と助産師の責務～（2016年5月26日）
- 11) 日本看護協会：看護記録に関する指針（2018年）

※「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」の全文は、日本看護協会または厚生労働省の公式サイトをご参照ください。



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 **日本看護協会**

問合せ先：健康政策部助産師課 TEL03-5778-8843

本書の無断複写・転載を禁じる